

Kwaliteitsjaar- verslag 2021



Ambulante Hulpverlening
Midden Nederland



Ambulante Hulpverlening
Midden Nederland

Naam	Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland
Adres	Gelreweg 3
Postcode	3843 AN
Plaats	Harderwijk
Telefoonnummer	085-0492717
Nummer Kamer van Koophandel	53118375
Website	www.ambulantehulpverlening.nl



Voorwoord

Voor u ligt de vijfde editie van het kwaliteitsjaarverslag van Ambulante Hulpverlening Midden Nederland (AHMN). We kijken in dit verslag terug op 2021 en nemen u graag mee in de ontwikkelingen die we in het afgelopen jaar hebben doorgemaakt.

Als zorgaanbieder vinden wij het belangrijk om kwalitatief goede zorg te verlenen en wij willen een compleet beeld geven van de kwaliteit van onze zorg van dit moment. Dit doen we door de kwaliteit vanuit verschillende invalshoeken te belichten.

We bieden met dit verslag ook de mogelijkheid aan onze cliënten om te laten zien wat ze mogen verwachten van ons als zorgaanbieder. Het geeft niet alleen ons, maar ook onze medewerkers inzichten in de verbeteringen en ontwikkelingen die AHMN in het afgelopen jaar heeft doorgemaakt en welke in het komende jaar/komende jaren voor ons liggen.

Gedurende geheel 2021 hadden de maatregelen van het COVID-19 virus impact op de organisatie. Volgend op 2020 namen we ook dit jaar onze verantwoordelijkheid om het virus in te dammen om continuïteit te blijven bieden. Het cliëntbelang dienen had ondanks - of passend binnen - de maatregelen stevast onze prioriteit. De medewerkers van AHMN toonden zich afgelopen jaar wederom creatief, wendbaar en oplossingsgericht. Dit ondanks de continue veranderingen, quarantaineperiodes en verzuim als gevolg van besmettingen, het missen van diverse face to face momenten met vooral collega's.

Terugkijkend op 2021 lichten we nog graag een aantal ontwikkelingen toe.

De proceskant van de organisatiewijziging die eind 2020 ingezet is, verliep succesvol. Er was veel draagvlak binnen de organisatie om volgens de nieuwe structuur te werken en commitment vanuit de medewerkers om de veranderde processen eigen te maken.

De eerste maanden van 2021 heeft het inbedden van de nieuwe organisatiestructuur centraal gestaan. We kijken met tevredenheid terug op de behaalde resultaten; de doelen om de processen en afbakening van werkzaamheden voor met name de ondersteunende afdelingen beter te organiseren zijn bereikt. De sturingsinformatie en kwaliteitsrapportages zijn verbeterd. Al realiseren we ons dat dit doorlopend een kritische houding vraagt.

Bij AHMN werken wij vanuit het kwaliteitskader gehandicaptenzorg, dit biedt ons ruimte voor ontwikkeling en inbreng van medewerkers en cliënten. Het lerend en ontwikkelend vermogen van de organisatie en onze medewerkers staat hierin centraal.

AHMN beschikt over een erkenning op grond van de Wet toelating zorgaanbieders (Wtza), voor zowel begeleiding als behandeling. Sinds eind 2019 is leveringsvorm Beschermd Wonen (BW) toegevoegd aan de WMO leveringsvormen. AHMN is in lijn met voorgaande jaren bewust doorgegaan met het verminderen van begeleiding vanuit het persoonsgebonden budget (PGB). PGB wordt eind 2021 nog minimaal geleverd.

Door de veranderingen en ontwikkelingen van het afgelopen jaar heen, zijn wij blijven koersen op ons hoofddoel; ons zorgaanbod dusdanig inrichten dat alle cliënten op basis van hun achtergrond, capaciteiten en interesses maximale kansen krijgen om zich te ontwikkelen.

Onze dank aan alle betrokkenen die hieraan hebben bijgedragen met hun volle inzet en enthousiasme.

Naast een terugblik kijken we ook vooruit.

Aan het einde van dit jaarverslag leggen we uit waar we ons op richten in 2022.

Veel leesplezier gewenst.

De directie,

Jenny van Engelen

Erik van Malenstein



Inhoudsopgave

1 Inleiding	5
2 Onze organisatie: waar staan wij voor en wat doen wij	6
2.1 Missie	6
2.2 Visie	6
2.3 Kernwaarden	6
2.4 Doelgroepen	6
2.5 Opbouw cliënten bestand	7
3 Kwaliteit van de zorg	8
3.1 Ontwikkelingen	8
3.2 Incidenten	8
3.3 Onvrijwillige zorg	9
3.4 Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling	9
4 Onderzoek naar cliëntervaringen	10
4.1 Klachten	10
4.2 Stop cliënten	10
4.3 Cliënttevredenheidsonderzoek	10
4.4 Clientenraad	11
5 Kwaliteit van de medewerkers	11
5.1 Deskundigheidsbevorderingen	11
5.2 Teamreflectie	12
5.3 Medewerkerstevredenheidsonderzoek	12
5.4 Feedbackrondes	12
5.5 Ondernemingsraad	13
5.6 Krapte op de arbeidsmarkt	13
6 Wat hebben we geleerd en ontwikkeld in 2021?	14
7 Externe visitatie	15
8 Wat willen we (verder) ontwikkelen in 2022?	16

1 Inleiding

Als zorgorganisatie in de gehandicaptenzorg werken wij met het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Het kwaliteitskader bevat vier bouwstenen. In de eerste drie bouwstenen wordt de kwaliteit bekeken vanuit drie verschillende perspectieven, namelijk (1) zorgproces rond de individuele cliënt (2) onderzoek naar cliëntervaringen en (3) zelfreflectie in teams. De informatie uit de eerste drie bouwstenen wordt gebundeld in de vierde bouwsteen door middel van het kwaliteitsjaarverslag.

De eerste bouwsteen heeft betrekking op het zorgproces rondom de individuele cliënt. In samenspraak met de cliënt wordt een persoonlijk plan opgesteld. Het persoonlijk plan wordt periodiek (elk half jaar) geëvalueerd.

De tweede bouwsteen heeft betrekking op het perspectief van meerdere cliënten over hun ervaringen. Dit doen wij door middel van cliënttevredenheidsonderzoeken. De cliënttevredenheidsonderzoeken vinden minstens een keer per drie jaar plaats.

De derde bouwsteen heeft betrekking op het functioneren van teams. Hierbij wordt gebruik gemaakt van werkoverleggen, deskundigheidsbevordering en intervisie.

De vierde bouwsteen omvat de eerste drie bouwstenen, welke worden vastgelegd in een kwaliteitsjaarverslag.

Wij willen met dit kwaliteitsjaarverslag inzichtelijk maken wat onze huidige kwaliteit van zorg is en welke ontwikkelingen wij het afgelopen jaar hebben doorgemaakt. Daarnaast willen wij helderheid geven aan cliënten wat zij van ons mogen verwachten binnen de hulpverlening en helpt het medewerkers om de zorg voortdurend te verbeteren. De nadruk ligt hierbij op leren en verbeteren om zo steeds betere zorg te kunnen leveren.

Het kwaliteitsjaarverslag wordt gebruikt bij intern overleg met het managementteam, de cliëntenraad, de ondernemingsraad en de Raad van Toezicht. Extern wordt het kwaliteitsjaarverslag gebruikt om verantwoording af te leggen en is het de basis voor het overleg met de IGJ en het zorgkantoor. Daarnaast kijken externe deskundigen van het HKZ mee met de organisatie wat betreft de kwaliteit van zorg.





2 Onze organisatie: waar staan wij voor en wat doen wij

2.1 Missie

Het is onze missie om een toonaangevende zorgorganisatie te zijn op het gebied van kwaliteit van zorg, innovatief in het leveren van zorg, transparant richting cliënt, personeel en stakeholders, eerlijkheid in alles wat wij doen en respect voor iedereen. Doelstelling hiervan is om iedere zorgvrager een volwaardige plek te geven in de hedendaagse maatschappij.

2.2 Visie

“Iedere dag laten wij ons uitdagen om de beste zorg van Nederland te leveren op het gebied van ambulante begeleiding, wonen en dagbesteding.”

In ons beleid richten wij ons op maatschappelijke integratie en optimale participatie van mensen. In het bijzonder gaat de aandacht uit naar mensen met een lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek of dubbel diagnostiek.

Alle cliënten krijgen op basis van hun achtergrond, capaciteiten en interesses maximale kansen om zich te ontwikkelen. De kracht van de cliënt wordt hierbij benut zodat hij zelf richting geeft aan zijn eigen leven.

Om dit in de toekomst te kunnen blijven bieden wil AHMN een volwaardige, betrouwbare partner zijn voor cliënten, gemeenten en zorgaanbieders. Wij streven dan ook naar hoge cliënttevredenheid en naar de realisatie van onze doelstellingen en ons jaarplan. Wij willen een transparante en zelfkritische organisatie zijn, die continu streeft naar verbetering en ontwikkeling om op deze manier een toonaangevende zorgorganisatie te zijn binnen de sector en de omgeving.

2.3 Kernwaarden

Samen. Durven. Doen.

Samen:

- We werken op basis van vertrouwen en gelijkwaardigheid. In onze houding, communicatie en bejegening zijn wij respectvol, oprecht en transparant.
- We zijn betrokken en toegewijd. Samen stellen en bereiken we doelen.

Durven:

- AHMN is in staat om snel te schakelen en in te spelen op veranderende situaties zowel in- als extern. AHMN heeft een platte organisatiestructuur, kenmerkt zich door laagdrempeligheid en korte lijnen. Wij denken innovatief, zijn oplossingsgericht, en hebben lef en durf. Onze manier van werken is grensverleggend en we denken in mogelijkheden, zowel naar cliënten, medewerkers als onze omgeving. DURVEN!

Doen:

- We laten zien wie we zijn en vertellen helder wat cliënten, onze medewerkers en onze omgeving aan ons heeft. Onze passie is om de kwaliteit van zorg te blijven verbeteren.
- We blijven onszelf uitdagen om onze professionaliteit en deskundigheid op hoog niveau te houden.

2.4 Doelgroepen

Binnen AHMN zijn er twee specifieke doelgroepen:

- mensen met psychiatrische problematiek
- mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)



De doelgroep met psychiatrische problematiek is verreweg de grootste. Vaak is dubbel of triple diagnostiek aanwezig, bijvoorbeeld verslavingsproblematiek.

AHMN biedt verschillende mogelijkheden tot ondersteuning:

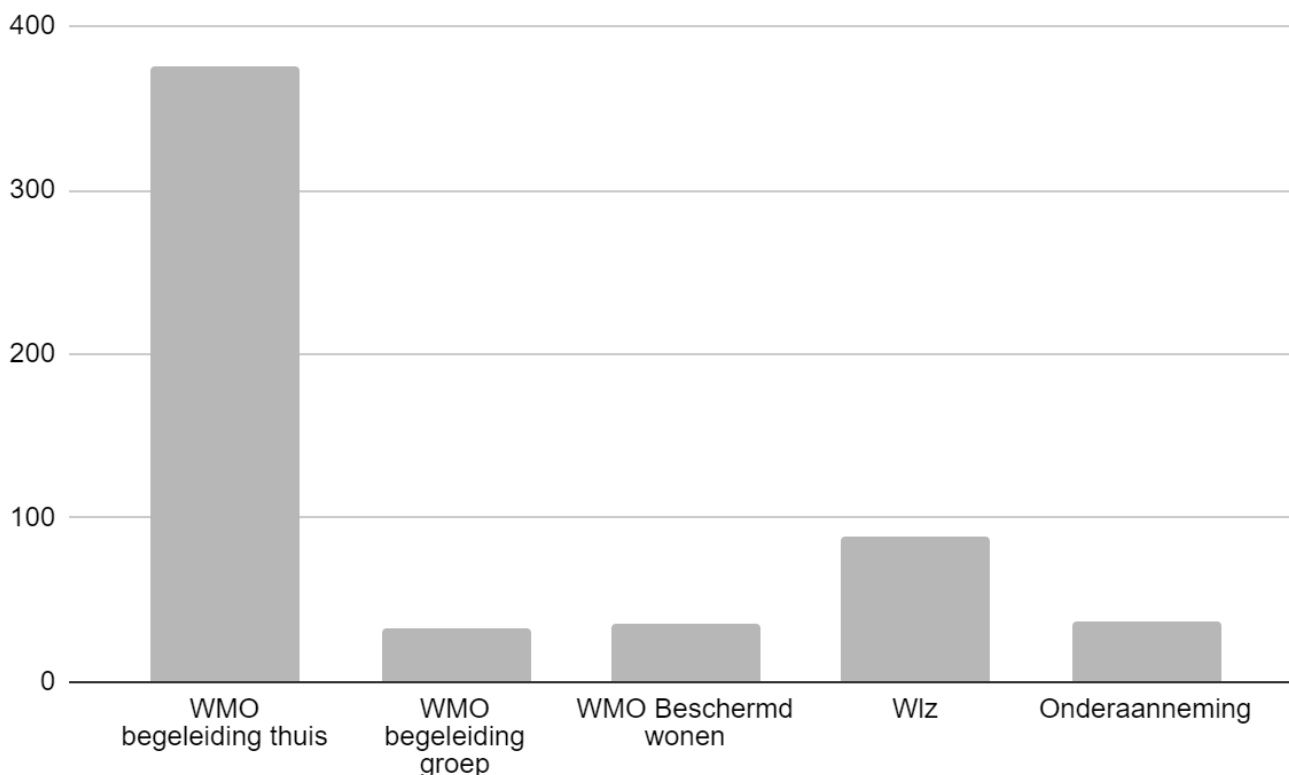
- Ambulant in de eigen thuissituatie
- Woonbegeleiding in een zelfstandige studio of appartement
- Begeleid wonen met 24-uurs zorg
- Leerwerktrajecten

Beschikkingen worden afgegeven vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) (begeleiding individueel, begeleiding groep en Beschermd Wonen) en vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) in de vorm van Volledig Pakket Thuis (VPT) en Modulair Pakket Thuis (MPT) of Persoonsgebonden budget (PGB).

2.5 Opbouw cliënten bestand

In 2021 hebben wij in totaliteit 570 cliënten begeleid. Deze cliënten bieden wij WMO begeleiding thuis, WMO begeleiding groep, WMO Beschermd Wonen, Wlz of zorg in onderaanneming. Naast deze cliënten hebben wij ook ongeveer 150 cliënten die door onze avond- en nachtdienst begeleid worden.

In onderstaand overzicht is de verdeling wat betreft de verschillende productgroepen zichtbaar.



Uit de KPI's (kritieke prestatie indicatoren) blijkt dat er in 2021 relatief veel cliënten gestopt zijn. Met de KPI's monitoren wij de prestaties van de onderneming zodat wij onze doelstellingen kunnen behalen.

Een groep cliënten is gestopt vanwege het behalen van de gestelde doelen. Van de overige cliënten willen wij graag de oorzaak van het stoppen achterhalen zodat wij hierop in kunnen spelen. Hiervoor is een werkgroep geformeerd. De werkgroep gaat onderzoeken wat de redenen zijn voor cliënten om te stoppen met de begeleiding. In hoofdstuk 4.2 gaan wij hier verder op in.



3 Kwaliteit van de zorg

3.1 Ontwikkelingen

In 2021 hebben een aantal ontwikkelingen plaatsgevonden met het oog op het behouden (en waar nodig verbeteren) van de kwaliteit van zorg.

Methodiek

In 2021 zijn we gestart met het opleiden van onze begeleiders in de methodiek Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). De aanleiding hiervoor was de conclusie na onderzoek dat de methodiek Community Support onvoldoende toereikend was voor onze brede en diverse doelgroep.

De IRB methodiek richt zich op mensen met langdurige beperkingen. Doel van de methodiek is om hen te ondersteunen bij hun eigen participatiedoelen, zodat ze kunnen wonen, werken en sociale contacten kunnen hebben zoals zij zelf willen. De IRB gaat uit van wat de cliënt zelf wil en kan.

De IRB bleek uit intern onderzoek de meest geschikte en passende methodiek die het beste aansluit bij onze visie en missie.

Het doel is om binnen maximaal 3 jaar alle begeleiders te hebben opgeleid. De opleidingen zullen gefaseerd worden uitgezet waarbij we kijken naar welke teams en locaties de meeste prioriteit hebben.

Werkgroep Molenweg

In maart 2021 heeft er een zwaar incident plaatsgevonden op de locatie Molenweg. Naar aanleiding van dit incident is er een inhoudelijk onderzoek uitgevoerd naar onder andere de ingezette zorg en de kwaliteit hiervan.

Geconcludeerd is dat er verbeterpunten liggen op verschillende gebieden:

- Proces van aanmelding
- Communicatie vooraf aan plaatsing
- Monitoring en bewaking kwaliteit van zorg
- Scholing van de medewerkers
- Samenstelling van het team
- Samenwerking met ketenpartners

Bovenstaande verbeterpunten zijn uitgewerkt in een plan van aanpak waaraan een werkgroep gedurende 2021 heeft gewerkt.

Medicatieveiligheid

Het medicatiebeleid is halverwege 2021 geactualiseerd en daaraan is toegevoegd dat een lid van de incidentencommissie de rol van 'aandachtsfunctionaris medicatieveiligheid' op zich neemt. Het commissielid heeft hiervoor scholing 'psychofarmaca' gevolgd. Het doel van de aandachtsfunctionaris is om woonlocaties te bezoeken, zodat er controle plaatsvindt hoe om te gaan met het medicatieprotocol. De functionaris richt zich daarnaast op het vergroten van kennis van de medewerkers over medicatieveiligheid. AHMN neemt een stevig standpunt in als het gaat om medicatiefouten; hier mogen géén fouten in worden gemaakt. Daarom mag de aandachtsfunctionaris medicatieveiligheid een dominante rol innemen als dergelijke fouten zich voordoen. Een fout wordt kenbaar gemaakt bij de teamleider en er volgt een gesprek met de medewerkers. Na twee keer een onvolkomenheid dient de betreffende medewerker opnieuw zijn certificaat medicatieveiligheid te behalen.

Portal

In 2021 hebben we een interne Portal ontwikkeld waarin medewerkers alle voor hun relevante informatie kunnen terugvinden. Op de Portal is algemene informatie opgenomen, zoals interne contactgegevens en links naar de systemen die wij gebruiken. Daarnaast zijn er een aantal informatiepagina's herzien of ontwikkeld. Het personeelshandboek en het managementhandboek met alle protocollen, regelingen en handleidingen zijn herzien. Alle informatie voor de zorgprofessional is gebundeld op 1 informatiepagina: de Kennis en Care site. Alle informatie over bijvoorbeeld de doelgroepen, de meldcode, de IRB methodiek, Veilig Incident Melden en gespreksvoering is hier terug te vinden. Medewerkers ervaren de Portal als prettig, omdat informatie zo veel meer gebundeld is en gemakkelijker terug te vinden. Uiteindelijk bevordert dit ook de kwaliteit van zorg.

3.2 Incidenten

Begin van het jaar 2021 is er een volledig nieuwe incidentencommissie ingesteld. De drie nieuwe leden van de betreffende commissie zijn tevens geschoold om bedrijfsopvang gesprekken (BOT) te mogen voeren. Om bekendheid te geven aan de nieuw ingestelde commissie is er hier middels de nieuwsbrief van AHMN en via het



werkoverleg Flevoland en Veluwe aandacht aan besteed. Op de Kennis en Care site is een pagina gewijd aan het Veilig Incident Melden (VIM). Alle medewerkers hebben daar toegang toe.

Het afgelopen half jaar heeft de incidentencommissie geïnvesteerd om de noodzaak van veilig incident melden onder de belangstelling te brengen bij de medewerkers. Daarvoor is een filmpje opgenomen dat ook wordt gebruikt bij het inwerktraject, zodat nieuwe medewerkers op de hoogte zijn van het meldsysteem.

Merkbaar is dat het aantal meldingen hierdoor is gestegen. Daardoor kan de incidentencommissie trends/opvallendheden filteren en hun advies hierop doen toekomen.

Ieder kwartaal is er een rapport met opvallend positieve punten, verbeterpunten/advies en afwijkingen opgesteld en verstuurd naar de directie van AHMN.

In het afgelopen jaar zijn er in zijn totaliteit 119 meldingen gedaan van incidenten.

Opvallend is het aantal meldingen dat verbale agressie of grensoverschrijdende incidenten betreft. Alle medewerkers hebben in 2021 een de escalatie training gevolgd waar het thema verbale/fysieke agressie en grensoverschrijdend gedrag aan de orde kwam. Zij hebben aldaar handvatten aangereikt gekregen om hiermee om te kunnen gaan.

Tot slot is er geanalyseerd welke tendensen er waren in het jaar 2020 ten opzichte van het afgelopen jaar 2021. In het jaar 2020 zijn er totaal 82 meldingen gemaakt en in 2021 totaal 119. Nog steeds komt het overgrote deel van de meldingen vanaf locatie Molenweg. Procentueel liggen de verhoudingen ten aanzien van het totaal aantal meldingen dit jaar anders. In het jaar 2020 waren de helft van alle meldingen afkomstig van locatie Molenweg, dit jaar (2021) is dat teruggelopen naar 34 procent van alle meldingen.

Er zit nauwelijks verschil in het type incident meldingen dat werd gemaakt. Verbale, fysieke agressie en vervolgens medicatiefouten zijn de top drie van alle meldingen.

Het advies vanuit de incidentencommissie in 2020 was het verbeteren van de meldcultuur binnen de organisatie.

Doordat hierop in 2021 is geïnvesteerd door middel van deskundigheidsbevordering, de intervisie trajecten en de VIM te agenderen op werkoverleggen is er verbetering zichtbaar in het melden van incidenten. Het aantal meldingen is toegenomen. Desalniettemin vraagt het thema 'veilig incident melden' altijd aandacht onder medewerkers en waakt de commissie ervoor dat het thema actueel blijft binnen AHMN.

3.3 Onvrijwillige zorg

De Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening. Wij hebben naar aanleiding van de invoering van de Wzd beleid omtrent de onvrijwillige zorg opgesteld.

Onze cliënten hebben in belangrijke mate zelf de regie over hoe zij hun eigen leven voeren en sturing geven aan hun vragen. Respect voor de persoonlijke vrijheid van de cliënt en het recht op zelfbeschikking zijn daarbij sleutelbegrippen. Vrijheid is een grondrecht.

Ons uitgangspunt is dat er per definitie geen onvrijwillige zorg wordt verleend, een uitzondering hierop is wanneer de cliënt in levensgevaar verkeert.

Onze visie, het aannamebeleid en de uitsluitingscriteria voorzien in de juiste match tussen vraag en aanbod. Op deze wijze wordt er rekening gehouden met de situatie van de cliënt, de wensen van de cliënt en de hulpverlening die wij aan de cliënt kunnen bieden. Wij handelen enkel als wij de instemming van de cliënt hebben verkregen.

In 2021 is er geen sprake geweest van het verlenen van onvrijwillige zorg.

In 2021 heeft er een wisseling plaatsgevonden binnen het LSR, landelijk steunpunt (mede)zeggenschap waardoor wij een nieuwe cliëntvertrouwenspersoon Wet zorg en dwang hebben gekregen. De nieuwe vertrouwenspersoon heeft kennis gemaakt met onze organisatie door de locatie Zuiderzeepad te bezoeken en door gesprekken te hebben met de medewerkers van de afdeling beleid en kwaliteit.

Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over hoe we de rol van cliëntvertrouwenspersoon WzD kunnen integreren binnen onze processen. Dit betekent onder andere dat haar gegevens kenbaar zijn gemaakt op de bijvoorbeeld de website en dat zij in het jaar 2022 kennis zal gaan maken met de cliënten van de woonlocaties en met de begeleiders.

3.4 Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

Als organisatie willen wij dat iedere cliënt zich veilig voelt. Om signalen en vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling eerder en sneller in beeld te krijgen hanteert de organisatie de Meldcode. Vanuit wettelijke oogpunt zijn wij ook verplicht om de Meldcode toe te passen.



In 2021 hebben wij op verschillende manieren aandacht besteed aan de Meldcode:

- Afgelopen jaar is er een nieuwe aandachtsfunctionaris Huiselijk Geweld en Kindermishandeling gestart. De aandachtsfunctionaris heeft een training hiervoor gevolgd bij de vereniging LVAK. Als organisatie zijn wij ook lid van het LVAK. Zij ondersteunen bij het in stand houden en/of bevorderen van de continuïteit en deskundigheid bij de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Begin 2021 is de kindcheck opgenomen in het persoonlijk plan van de cliënt. De Kindcheck wordt bij de intake van de cliënt afgenomen. De Kindcheck is een verplicht onderdeel geworden van de Meldcode. Met de Kindcheck ga je na bij volwassen cliënten of zij voor minderjarige kinderen kunnen zorgen en of zij daar veilig kunnen opgroeien. Hiervoor zijn tien algemene vragen in te vullen door begeleiders die zij beantwoorden in het persoonlijk plan. In het persoonlijk plan is de signalenlijst opgenomen. Deze wordt ingevuld door de begeleiders zodra de Meldcode wordt gestart.
- Afgelopen jaar is er op interactieve manier aandacht besteed aan de Meldcode bij de deskundigheidsbevordering.
- De meldcode is in 2021 geactualiseerd en geëvalueerd.

In 2021 zijn er in totaal 20 meldingen gedaan van signalen en vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling door begeleiders van AHMN. Hiervan zijn 5 meldingen gedaan bij Veilig Thuis.

4 Onderzoek naar cliëntervaringen

4.1 Klachten

In 2021 zijn er in totaal 24 klachten ingediend bij onze organisatie. Opvallend is dat er een aantal notoire klagers zijn die meermaals een klacht indienen. Er zijn namelijk 15 verschillende klagers. De klachten zijn uiteenlopend qua aard. Hierbij kan gedacht worden aan meldingen van overlast, klachten over het handelen van een medewerker of rondom veiligheid. De klachten worden in behandeling genomen door de teamleider. De teamleider neemt contact op met de klager om te bespreken hoe de klacht verder opgelost kan worden.

Gezien meerdere klagers verschillende klachten indienen is opvallend. Hierin ligt een kans om een lijn te houden met de klager om bij vervolg klachten deze laagdrempelig met de klager op te kunnen lossen. Het komende jaar wordt er vanuit de teamleiders hier aandacht aan besteed.

4.2 Stop cliënten

Zoals opgenomen in hoofdstuk 2.5 is het ons opgevallen dat het aantal cliënten dat is gestopt in 2021 is toegenomen. We zijn met een werkgroep deze cijfers gaan onderzoeken om te kijken wat dit ons zegt. Wanneer een cliënt stopt wordt er bijgehouden wat de reden van stop is. Echter bleek bij nader onderzoek dat deze reden niet altijd juist is ingevuld of dat de ingevulde reden onduidelijk is. Wat wel opvallend is, is dat het aantal cliënten dat stopt vanuit ontevredenheid is gestegen. Dit betreuren wij uiteraard ten eerste, omdat clienttevredenheid bij ons op 1 staat.

Om als organisatie een beter beeld te hebben bij de cliënten die stoppen hebben we de argumentatie voor het beëindigen van zorg herzien. Ook in het proces zijn de nodige aanpassingen gemaakt: zo zal een begeleider D nu contact opnemen met de cliënt wanneer deze aangeeft de wens te hebben om te stoppen met de zorg om zo mogelijk nieuwe passende afspraken te maken over de in te zetten zorg. Wanneer stoppen nog steeds wenselijk of passend is zal er met de cliënt uitgebreider worden gesproken over zijn motivatie. Zo hebben wij beter zicht op de reden van stop en kunnen wij ook leren van eventuele feedback vanuit de cliënt.

4.3 Cliënttevredenheidsonderzoek

In 2021 is er geen organisatiebreed clienttevredenheidsonderzoek uitgevoerd.

Wel hebben we een extra instrument toegevoegd om bij nieuwe cliënten de tevredenheid te meten als zij zijn gestart met de zorg.

Dit betekent dat wij 10 weken na de start van de zorg contact met de cliënt zullen opnemen om een vragenlijst af te nemen. We onderzoeken dan een aantal onderwerpen:

- Is iemand voor aanvang zorg voldoende geïnformeerd?
- Is er een juiste match met begeleiders gemaakt?
- Is iemand tevreden over de doelen en de werkwijze?

Door bovenstaande instrument toe te voegen hopen wij eerder mogelijke signalen van ontevredenheid op te vangen zodat wij tijdig kunnen bijsturen en anticiperen op de behoefte van de cliënt.

Daarnaast wordt er elk half jaar bij de evaluatie van het persoonlijk plan met de cliënt besproken in hoeverre iemand tevreden is over de begeleiding.



4.4 Clientenraad

De cliëntenraad heeft in 2021 haar taken niet kunnen uitvoeren zoals zij dat gewenst hadden. Vanwege de corona maatregelen was het niet mogelijk om fysieke vergaderingen te houden. Het beeldbellen bleek in eerste instantie niet succesvol, maar door het gebruik van Teams is het vergaderen steeds beter gegaan.

De cliëntenraad heeft in 2021 er niet voor de cliënten kunnen zijn zoals ze dat hadden gewild. De geplande barbecue kon helaas niet doorgaan.

De cliëntenraad is zoekende in hoe zij het beste contact kunnen houden met de cliënten. Momenteel verloopt de informatie via de begeleiders van de cliënten. Hierbij is de cliëntenraad afhankelijk van de begeleiders.

Eind 2021 zou de cliëntenraad samen met de OR een cursus volgen. Helaas is dit ook vanwege de corona maatregelen afgelast.

In 2021 is een enquête gehouden onder cliënten over de gevolgen van corona. Helaas is hier niet voldoende respons op geweest, waardoor er niet goed bepaald kon worden hoe de cliënten het hebben ervaren tijdens de corona periode en hoe de cliëntenraad hen hierbij kan helpen.

De cliëntenraad wil graag rechtstreeks contact op kunnen nemen met cliënten. Aan nieuwe cliënten wordt gevraagd of de cliëntenraad hun mag mailen van een nieuwsbrief. Hiervoor is voor de cliënt een akkoordverklaring opgesteld voor het toezenden van de nieuwsbrief..

Aankomend jaar

Aankomend jaar wil de cliëntenraad een barbecue organiseren om contact met de cliënten te houden en de cliëntenraad te promoten. Daarnaast wil de cliëntenraad een enquête doen onder de cliënten over de gevolgen van corona.

Om eenzaamheid bij cliënten (ook door corona) tegen te gaan wil de cliëntenraad een inloop gaan organiseren waar cliënten terecht kunnen met vragen of verbetertips.

5 Kwaliteit van de medewerkers

5.1 Deskundigheidsbevorderingen

De deskundigheid van de zorgprofessionals bevorderen wij op diverse manieren, namelijk door middel van:

- themabijeenkomsten;
- teamtrainingen;
- opleidingen;
- intervisie;
- supervisie.

Themabijeenkomsten

Afgelopen jaar zijn er 6 themabijeenkomsten geweest voor alle (ambulant)begeleiders. De thema's lopen zeer uiteen, maar gaan in op de behoeften die begeleiders hebben ten aanzien van de praktijk. Iedere bijeenkomst wordt op een interactieve wijze ingevuld. Verschillende werkvormen komen aan de orde; een presentatie, discussie aan de hand van stellingen, filmpjes, muziek, spelvormen etc.

Jaarlijks wordt er tezamen met teamleiders en afdeling Kennis en Expertise een planning gemaakt ten behoeve van de themabijeenkomsten. Deze interne deskundigheidsbevordering is voor alle zorgprofessionals van AHMN te volgen. Tevens is het een verplicht onderdeel voor professionals om hierbij aanwezig te zijn.

De thema's die het afgelopen jaar aan bod kwamen:

Februari - Presentiebenadering

Mei - Hechting

Juli - Zorgmijders

September - De Meldcode

Oktober - Declarabiliteit en time management

December - Leiderschap

Ook zijn er op teamniveau een aantal trainingen verzorgd door afdeling Kennis en Expertise op vraag van teamleiders en/of begeleiders D.

Teamtrainingen locatie Molenweg

- Ethiek in de zorg (regels, waarden en normen)
- Teambuilding
- Sociaal emotionele ontwikkeling



- Positieve psychologie (sterke kanten benadering)

Teamtrainingen Zuiderzeepad

- Ethiek in de zorg (huisregels, waarden en normen)
- Doelgericht werken, hoe doe je dat?
- Presentatie over rouw en verlies

Teamtraining Gele weiland

- Ethiek in de zorg (huisregels, waarden en normen)
- Psychose

Opleidingen

- Basiscursus Medicatieveiligheid voor alle nieuwe begeleiders en na 2 jaar vindt er een herhalingscursus Medicatieveiligheid plaats voor begeleiders.
- De-escalatie training door de RINO groep is in 2021 gegeven aan alle (ambulant)begeleiders.
- De aandachtsfunctionaris Huiselijk geweld en Kindermishandeling heeft een opleiding afgerond bij het LVAK voor 'opleiding aandachtsfunctionaris Huiselijk geweld en Kindermishandeling.
- 8 medewerkers hebben de Basiscursus Individuele Rehabilitatie Benadering gevolgd en afgerond.
- 1 begeleider heeft de opleiding tot 'Bemoeizorg' aan de RINO groep gevolgd en afgerond.
- 3 medewerkers hebben de BOT-opleiding gevolgd en nemen deel aan het bedrijfsopvangteam.

Intervisie

Vanuit de afdeling Kennis en Expertise is er in 2021 gestart met het aanbieden van intervisie trajecten aan begeleiders. Totaal hebben hier zich 19 begeleiders voor opgegeven en hebben drie keer intervisie bijgewoond. Intervisie is nadrukkelijk gericht op het **leren van en aan elkaar**, daartoe brengt ieder per beurt werk gerelateerde vraagstukken of persoonlijke leervragen in. De deelnemers zullen stimulerende en helpende vragen (leren) stellen zodat de inbrenger vanuit het eigen oplossend vermogen een ander zicht kan krijgen op zijn inbreng. De intervisiemethode "het socratisch dialoog" wordt gehanteerd.

In 2022 worden er 3 intervisie trajecten aangeboden waar 42 begeleiders aan deelnemen. De intervisie wordt eveneens begeleid door Kennis en expertise.

Supervisie

Soms is het nodig dat begeleiders ondersteuning krijgen bij hun persoonlijk leertraject en hierbij leren reflecteren op het eigen beroepsmatig handelen. De orthopedagoge AHMN biedt hiervoor supervisie aan.

5.2 Teamreflectie

Reflecteren is helpend om zelfkennis te vergroten en daarnaast voor het ontwikkelen van een adequate attitude en vaardigheden. Door nieuwe kennis op te doen en dit toe te passen in het eigen handelen blijven zorgprofessionals leren en verbeteren.

Wij investeren hierin door aandacht te geven aan teamreflectie. Tijdens iedere themabijeenkomst krijgen de zorgprofessionals in teams opdrachten/vragen om na te denken over allerlei kwesties die te maken hebben met de kwaliteit van zorg en dienstverlening en het functioneren van het team. Ook is er eenmaal aan teamreflectie gedaan bij de werkoverleggen Flevoland en Veluwe. Het afgelopen jaar (2021) zijn de volgende onderwerpen aan de orde gekomen waar teams/groepjes over in gesprek zijn gegaan:

- Veilig werken
- Omgaan met waarden en normen
- Eigenschap

De teamreflecties zijn begeleid door de afdeling Kennis en Expertise en door de teamleiders. Zij stemmen gezamenlijk af wat de behoeften zijn van het team en stemmen hierop een programma af.

5.3 Medewerkerstevredenheidsonderzoek

Er heeft in 2021 geen medewerkerstevredenheidsonderzoek plaatsgevonden.

5.4 Feedbackrondes

Naar aanleiding van het medewerkerstevredenheidsonderzoek in 2020 zijn er in 2021 feedbackrondes georganiseerd om verdiepende vragen te kunnen stellen over een aantal thema's:

- ontwikkel- en doorgroeimogelijkheden;
- persoonlijke aandacht;
- organisatiecultuur.

Daarnaast hadden medewerkers de gelegenheid om zelf onderwerpen in te brengen waar zij het over wilden



hebben.

Het doel van deze feedbackrondes was om met collega's in gesprek te zijn over actuele onderwerpen binnen de organisatie. Dit levert in eerste instantie relevante input op over de belevingswereld van de medewerkers en geeft handvatten over hoe de organisatie bestuurd moet worden.

Een ander effect is dat men onderling van gedachten kan wisselen en elkaar kan inspireren om sommige onderwerpen vanuit een ander perspectief te bekijken en hiervan kan leren.

Medewerkers gaven aan deze manier van gespreksvoering erg prettig te vinden. Een van de redenen was dat het fijn is om op een andere manier met elkaar in gesprek te zijn. Het voornemen van de organisatie is om vaker een vorm van feedbackrondes te organiseren. Dit past ook bij de kritische en lerende organisatie die wij willen zijn.

5.5 Ondernemingsraad

In 2021 heeft er een nieuw OR zitting genomen. Elke derde donderdag van de maand is er een overleg. Daarnaast heeft de voorzitter elke 2 weken een overleg met de algemeen directeur (directie). De voltallige directie sluit elk kwartaal ook aan bij het OR overleg.

De leden van de OR zijn het afgelopen jaar zoekende geweest hoe invulling te geven aan de rol binnen de OR. Er is het afgelopen jaar een jaarplanning opgesteld voor de OR, zodat de OR de jaarcyclus weet en hierop kan anticiperen. Daarnaast heeft de OR onderzoek gedaan naar de taken en werkprocessen van de OR. Dit heeft ervoor gezorgd dat de OR een goede basiskennis heeft. De OR evalueert nog of dit voldoende is of dat er nog behoefte bestaan voor het volgen van een cursus.

Binnen de OR zijn het afgelopen jaar verschillende stukken behandeld, bijvoorbeeld over de reiskostenvergoeding en het personeelsverloop. Daarnaast heeft de OR een rol gehad in de sollicitatieprocedure naar een nieuw lid van de Raad van Toezicht.

Door middel van een nieuwsbrief houdt de OR de achterban op de hoogte van de belangrijke zaken. Daarnaast is de OR bezig om het contact met de achterban te gaan vergroten. Er liggen wat ideeën op de plank.

Eind 2021 heeft 1 OR lid de organisatie verlaten. Hierdoor is er een vacature binnen de OR. Deze vacature is in 2022 weer opgevuld.

Aankomend jaar gaat de OR zich verdiepen in de uitkomst van de feedbackgesprekken om mee te kunnen denken over het welzijn van de organisatie. De OR richt zich het komende jaar ook op de mogelijkheid om cliënten te betrekken bij het sollicitatieproces. Daarnaast wil de OR de mogelijkheid onderzoeken om (nieuwe) medewerkers een sportabonnement aan te kunnen bieden. Dit is een lopend proces.

5.6 Krapte op de arbeidsmarkt

De toenemende krapte op de arbeidsmarkt is sinds 2021 bij AHMN goed te merken. Het wordt steeds moeilijker om vacatures te vervullen. In 2021 merkten we dat er minder reacties op vacatures kwamen en ook de kwaliteit van de sollicitanten steeds vaker niet voldoende was, met als gevolg dat vacatures langer open staan.

Begin 2021 wisten we vacatures gemiddeld binnen 2 maanden te vervullen, echter liep de duur van het vervullen van vacatures door het jaar heen steeds verder op.

In december 2021 kwam AHMN op een punt waarop er zodanige personeelskrapte ontstond dat er noodzaak was om structureel ZZP'ers in te gaan zetten.

Met het oog op een verder toenemende krapte van de arbeidsmarkt is er een visie gevormd op een toekomstbestendig personeelsbeleid. Hierbij willen we inzetten op het behoud van medewerkers door middel van een goed inwerktraject, het evalueren van de nieuwe functioneringscyclus en functiedifferentiatie voor de begeleiders. Hiermee is het doel het huidige verlooppercentage van 16,5% te verlagen.

Door de toenemende krapte op de arbeidsmarkt en een verwachting van toenemende krapte zal ook geïnvesteerd moeten worden op het aantrekken van personeel. De verwachting is dat we niet voldoende gekwalificeerd personeel aan zullen trekken. Daarom zullen we ook focussen op stagiaires, die we aansluitend aan hun stage een dienstverband kunnen bieden en op zij-instromers.

Het aandeel van zelfstandigen in de totale werkgelegenheid is de afgelopen jaren behoorlijk opgelopen. Ook AHMN merkt dit, in 2021 is 20% van de uitgestroomde medewerkers als ZZP'er gaan werken. Indien de inzet op het aantrekken van personeel niet voldoende is om eventuele personeelstekorten op te vullen, kan er besloten worden om gebruik te maken van de inzet van ZZP'ers. Voor AHMN zal dit wel een tijdelijk karakter hebben en geen vast onderdeel uitmaken van het personeelsbeleid.



6 Wat hebben we geleerd en ontwikkeld in 2021?

Naast de beschreven ontwikkelingen in de kwaliteit van zorg lichten wij graag ook de punten toe uit het voorgaande jaarverslag en hoe wij hieraan hebben gewerkt.

- Het kwaliteitskader beter in afstemming laten zijn met het jaarplan en de directiebeoordeling. Nu zien wij dat het kwaliteitsjaarverslag een groot document aan het worden is waarin zaken dubbel worden genoemd. In het kwaliteitsjaarverslag willen wij meer ingaan op de kwaliteit zelf.

Actie: In het jaarverslag van 2021 hebben wij er bewust voor gekozen om meer aandacht te besteden aan de inhoudelijke kwaliteit. Een aantal onderwerpen die jaarlijks aan bod kwamen en inhoudelijk weinig toevoegden aan het jaarverslag komen dit jaar niet meer terug. Hierdoor is het jaarverslag een inhoudelijk document geworden waarin wij ingaan op de onderdelen uit het kwaliteitskader. Dit jaar hebben wij ervaren dat de directiebeoordeling en het jaarverslag directe input gaven voor het jaarplan. Dit is goed bevallen en zullen wij het komende jaar ook zo uitvoeren.
- Het uitrollen en evalueren van de nieuwe organisatiestructuur

Actie: De nieuwe organisatiestructuur is verder uitgerold en ingebed in de organisatie. De functie van controller is eind 2021 opgevuld, waardoor de staf nu compleet is. De functies van regiomanagers zijn nog wel vacant. Dit is een bewuste keuze om de nieuwe organisatiestructuur in etappes uit te rollen. In 2022 wordt de organisatiestructuur verder geëvalueerd en aangepast waar nodig.
- AHMN zal een inventarisatie maken waar de inzet van ervaringsdeskundigen een mogelijkheid is, daarnaast zal gekeken worden wat daarvoor nodig is om dit goed in te zetten.

Actie: Afgelopen jaar is er geen mogelijkheid geweest om dit te onderzoeken. Het onderwerp blijft op de actielijst staan voor 2022. Wel hebben we in 2021 aandacht besteedt aan de inkoopisen vanuit onze opdrachtgevers. Doordat sommige opdrachtgevers helder zijn in welke personeel wij in mogen zetten is er niet altijd ruimte voor bijvoorbeeld het inzetten van ervaringsdeskundigen.
- Het afronden van de profilering naar buiten toe door het besteden van aandacht aan de website.

Actie: De website is door een reclamebureau geheel nieuw ontworpen. De nieuwe website is februari 2022 opgeleverd. De nieuwe website is feestelijk gelanceerd met een bijbehorende winactie. De nieuwe website zorgt ervoor dat we een professionelere uitstraling hebben. De informatie op de website is ook geheel herschreven. Daarnaast hebben we sinds eind 2021 nieuwe visitekaartjes in gebruik in stijl met de website. In 2022 zal de nieuwe stijl verder geïmplementeerd worden in bijvoorbeeld een informatiemap voor cliënten en een nieuwe folder.
- Verbeteren werkomgeving kantoor

Actie: De werkomgeving op kantoor Harderwijk is aanzienlijk verbeterd. Mede door wateroverlast dat heeft plaatsgevonden zijn alle muren in de ruimtes achterin het pand opnieuw geverfd en ligt er nieuwe vloerbedekking. Daarnaast zijn er 2 nieuwe vergaderruimtes gecreëerd in het pand. De ruimtes zijn door een interieurstyliste opnieuw ingericht. De algehele uitstraling van deze ruimtes is hierdoor aanzienlijk verbeterd. Daarnaast zijn er op 2 kantoren ramen geïnstalleerd die geopend kunnen worden, hierdoor voldoen deze ruimtes ook aan de gevraagde ventilatiemogelijkheden.
- Bekendheid RvT bij medewerkers en met name ook de rol/taken van de RvT

Actie: Voor de Raad van Toezicht dient een goede voeling met de werkorganisatie aanwezig te zijn. De werkwijze hiertoe is dan ook in principe een periodiek overleg met het management in aanwezigheid van directie, periodiek overleg met de ondernemings- en cliëntenraad en werkbezoeken en deelname aan andere gemeenschappelijke gebeurtenissen. Door de coronamaatregelen in het jaar 2021 heeft het aan dit overleg en contact veelal ontbroken nu veel overleg en contact via beeldvergaderingen dan wel telefoon werden gevoerd en de mogelijkheid tot directe contacten onder druk stonden. Veel aandacht werd besteed aan een invulling van een vacature in de Raad van Toezicht. Wij zijn blij die gevonden te hebben in de persoon van Patrick Schultink. Hij heeft in de 2e helft van 2021 een intensief inwerkprogramma doorlopen met kennismaking met veel onderdelen van de werkorganisatie en de daarbij betrokken medewerkers. Hiervan is een verslag geplaatst op de Portal. Voor 2022 heeft de Raad van Toezicht een werkprogramma opgesteld waarbij op een gestructureerde wijze gesprekken met de verschillende onderdelen en verantwoordelijke medewerkers van de werkorganisatie gepland staan.



Ook dient een nieuwe ontstane vacature in de Raad van Toezicht voor 1 juli 2022 te worden ingevuld. De Raad van Toezicht zal met de organisatie en daarmee de medewerkers via de gebruikelijke media communiceren op de onderdelen waarvoor zij verantwoordelijk is.

De RvT en de organisatie zullen beiden continu in gesprek moeten zijn om herkenbaarheid en nabijheid te organiseren. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid waarbij pro-activiteit vanuit beide invalshoeken gewenst is.

7 Externe visitatie

Het kwaliteitsjaarverslag is opgesteld om inzicht te krijgen in de huidige kwaliteit van zorg. Daarnaast kijken we waar er kansen liggen voor de toekomst. Met interne en externe stakeholders vindt reflectie plaats op het kwaliteitsjaarverslag. Dit jaar heeft er op 17 mei 2022 een externe visitatie plaatsgevonden. Hierbij zat aan tafel een regiomanager van Philadelphia, een afvaardiging van de Raad van Toezicht en de ondernemingsraad van AHMN, de medewerker beleid en kwaliteit, de intern adviseur en de directie. De cliëntenraad was helaas niet in de gelegenheid vanwege de bezetting van de cliëntenraad om aan te sluiten. De cliëntenraad heeft het concept kwaliteitsjaarverslag ontvangen zodat zij deze kunnen doornemen.

Vanwege de nieuwe opzet van het kwaliteitsjaarverslag ten opzichte van voorgaande jaren zijn er bewust minder cijfers in het kwaliteitsjaarverslag opgenomen, zodat de focus ligt op de kwaliteit van zorg. Dit is besproken en duidelijk werd dat de cijfers door sommige aanwezigen werd gemist omdat cijfers onderbouwend kunnen zijn aan het verhaal. Belangrijk hierbij is om goed te kijken welke cijfers interessant zijn om te benoemen in het kwaliteitsjaarverslag.

Daarbij werd er ook opgemerkt dat het verslag voornamelijk actiegericht is geschreven en er weinig aandacht is voor de opbrengst en resultaten van deze acties. Dit heeft gemaakt dat wij er bewuster van zijn geworden wat de waarde is van onderzoek naar de opbrengst en resultaten; vaker stilstaan bij de vraag wat een ingezette actie heeft opgeleverd voor bijvoorbeeld cliënten en medewerkers.

Bij de externe visitatie zijn een vijftal stellingen besproken die voortkomen uit het concept kwaliteitsjaarverslag.

Stelling 1: De gekozen methodiek (IRB) lijkt goed te passen bij de organisatie

De methodiek wordt benoemd als mooie methodiek omdat hiermee doelen inzichtelijk gemaakt kunnen worden door behulp van blokken. Hierdoor is inzichtelijk waaraan gewerkt wordt. Doordat de cliënt betrokken is bij de doelen is de cliënt ook meer eigenaar van het doel. De methodiek is ook te gebruiken zonder de blokken. Na een aantal jaar zou gekeken kunnen worden wat de opbrengst van de methodiek is en hoe cliënten de methodiek ervaren. Dit zou de waarde van de methodiek kunnen onderbouwen.

Stelling 2: We ondernemen voldoende acties als het gaat om het toenemende aantal stop cliënten

Besproken wordt of er een verband is tussen het toenemende aantal cliënten dat stopt en COVID-19. COVID-19 kan net de druppel zijn waardoor cliënten besluiten om te stoppen met de begeleiding. De toevoeging in het proces om de begeleider D mee te laten kijken bij een wens tot stoppen wordt benoemd als een aanwinst.

Stelling 3: 1x per 3 jaar clienttevredenheid meten is voldoende

Eenmaal per 3 jaar meten van de clienttevredenheid wordt benoemd als voldoende. Hierdoor kan je met enige afstand meten hoe de tevredenheid zich ontwikkeld. De gemiddelde tijd voordat wijzigingen zichtbaar zijn in de tevredenheid is gemiddeld 3 jaar. Dat sluit hier mooi bij aan. Een hogere frequentie kan ook door de cliënt als belastend ervaren worden. Daarnaast kosten meerdere onderzoeken tijd en energie. Sommige onderdelen (bijvoorbeeld methodiek) zouden bijvoorbeeld kunnen worden meegenomen in de bespreking van het persoonlijk plan. Dit is dan ook niet belastend voor de cliënt.

Stelling 4: Het inzetten van ervaringsdeskundigen is lastig

Besproken wordt op welke wijze ervaringsdeskundigen ingezet kunnen worden binnen de organisatie gezien de eisen vanuit de gemeenten. Een ervaringsdeskundige zou een bepaalde opleiding moeten afronden om aan de slag te kunnen binnen de organisatie. Daarnaast is de financiering van ervaringsdeskundigen een onderwerp van gesprek. Dit vergt ook politieke besluitvorming. Binnen AHMN kunnen we een concreter doel formuleren met betrekking tot de ervaringsdeskundigen. Oftewel, inzet van ervaringsdeskundigen kan lastig zijn, maar het is ook waardevol en biedt veel kansen.

Stelling 5: Wij spelen op de juiste manier in op de krapte op de arbeidsmarkt

Het vinden van personeel is erg lastig. Inzet van ZZP'ers is noodzakelijk gebleken voor AHMN. Wanneer wij als organisatie medewerkers weten te binden en boeien is de kans dat medewerkers langer blijven. Een onderdeel



hiervan is het samenkomen met andere medewerkers. COVID-19 heeft hierin een duidelijk effect gehad. Dit is een onderwerp om het aankomende jaar aandacht aan te besteden. Daarnaast kan robotisering en ICT nog meer aandacht krijgen. Het is nodig dat de maatschappij anders gaat kijken naar zorg. Het is interessant om met financierders hierover te spreken.

Tijdens de externe visitatie hebben wij de nodige inzichten opgedaan. Deze bevindingen zullen wij bespreken en waar wenselijk verwerken in het jaarplan.

8 Wat willen we (verder) ontwikkelen in 2022?

In 2022 willen we terug naar de kern van onze organisatie en de basis van de zorg. Onze focus zal liggen op het aanpassen van onze dienstverlening naar het huidige zorglandschap.

We willen investeren op de cliënttevredenheid door beter te gaan aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt en de opdracht vanuit de opdrachtgever. De scholing in de IRB zal verder worden uitgerold binnen de organisatie. We gaan evalueren of wij voldoende meetinstrumenten hebben om de kwaliteit voor onze cliënten te borgen en te toetsen.

De tevredenheid en kwaliteit van onze medewerkers is meer dan ooit belangrijk in relatie tot de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Aankomend jaar willen wij volop aandacht besteden aan de medewerkerstevredenheid. Hierbij is er aandacht voor een duurzaam personeelsbeleid, het inspelen op de arbeidsmarkt, het werving en inwerktraject en het binden en boeien van medewerkers. Daarnaast krijgt het onderwerp borgen en toetsen van de kwaliteit en tevredenheid van de medewerkers volop de aandacht.

Vanuit het kwaliteitskader willen we de bouwsteen teamreflectie meer positie geven binnen de organisatie. Belangrijk onderdeel hiervan is ook verbinding te stimuleren tussen het kwaliteitskader en alle functies binnen de uitvoering van de ondersteuning.

Het inzetten van ervaringsdeskundigheid binnen ons ondersteuningsaanbod zal opnieuw worden geagendeerd. We willen ons uitdagen om hierin een concrete doelstelling te formuleren en te zoeken naar de kansen en mogelijkheden.

Bovenstaande ontwikkelpunten zullen wij integreren in ons organisatie jaarplan over 2022 en 2023.